

Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia.

A Proposal Update of Bio-psycho-social Model for schizophrenia.

Sergio Ramos Pozón ^a.

^a Universidad de Barcelona. Facultad de Filosofía, Barcelona, España.

Correspondencia: Sergio Ramos Pozón (sergioramos@ub.edu)

Recibido: 15/06/2014; aceptado: 07/03/2015

RESUMEN: Este artículo desea realizar una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social que propuso George Engel para ser aplicado a pacientes con esquizofrenia. Para ello, en primer lugar, algunas ideas clave de este autor serán revisadas. En segundo lugar, revisamos críticamente este modelo. Por último, realizamos una propuesta de actualización en tres ámbitos: teórico-epistemológico, técnico-pragmático y ético.

PALABRAS CLAVE: George Engel, modelo bio-psico-social, revisión, esquizofrenia.

ABSTRACT: This paper revises the bio-psycho-social model proposed by George Engel to make it applicable to patients with schizophrenia. In order to develop a revision of this model, firstly, the key ideas of George Engel are going to be explained, and next, critically revised. Finally, the author will provide a revised proposal considering the following three scopes: theorist-epistemological; technical-pragmatic and ethic.

KEY WORDS: George Engel, bio-psycho-social model, revision, schizophrenia.

1.- El modelo bio-psico-social de Engel G.

A finales de los años 70 y comienzos de los 80 Engel G. (1-2) realizó una crítica al modelo biomédico, proponiendo uno más holístico, integral, que integrase los ámbitos bio-psico-social. Engel G. era consciente de que el modelo predominante de su época fue el biomédico, el cual desglosaba la enfermedad a parámetros somáticos. Pero esto es un error, sostiene el autor, pues no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica.

La psiquiatría y la medicina, en general, dice Engel G., están inmersas en un período de crisis debido a la adherencia a ese paradigma reduccionista. Esta crisis se debe a que ese paradigma no es adecuado para la investigación científica ni para las responsabilidades sociales de la propia medicina. Ante dicha crisis, los profesionales han adoptado dos posiciones bien diferentes: 1) excluyendo del campo de la medicina la psiquiatría; y 2) basándose en un modelo estrictamente médico la psiquiatría opta por limitar su estudio al cerebro. La primera postura, correspondiente al movimiento antipsiquiátrico, sostiene que la *enfermedad es un mito* y que el problema viene dado por una mala conceptualización social y no médica. La segunda sustenta que el estu-

dio de las enfermedades mentales ha de ser llevado a cabo por neurólogos, de manera que la psiquiatría tiene que desaparecer del ámbito de la medicina. Su estudio ha de ser el del análisis de las funciones cerebrales a nivel rigurosamente biológico (1:129).

Pero este modelo biomédico tiene insuficiencias teóricas y prácticas. Para la exposición de esta crítica Engel G. (1:131-132) pone dos ejemplos referentes a dos paradigmas de enfermedades bien distintas, una somática y otra mental, la diabetes y la esquizofrenia, para articular 6 tesis que demuestren dicha debilidad:

1.- El hecho de que se den ciertas anomalías bioquímicas no significa, necesariamente, que surja la enfermedad. Tanto en la diabetes como en la esquizofrenia intervienen aspectos bioquímicos que son necesarios, pero no suficientes, para su aparición. Se requieren, de manera adicional, factores psicológicos y sociales que desencadenen la sintomatología.

2.- Para establecer correlaciones entre procesos bioquímicos y datos clínicos se necesita un enfoque científico de los datos conductuales y psico-sociales, los cuales son aportados por el paciente. Así que poco puede hacer la especificación de defectos bioquímicos si uno no aprecia aquellos datos psico-sociales y conductuales. Y esta tarea no se puede realizar sin habilidades comunicativas en la entrevista clínica, además de una comprensión de lo físico, psicológico, social y cultural sobre el modo en el que se manifiestan los síntomas de la enfermedad. El problema, sin embargo, es que el modelo biomédico ignora el proceso de la entrevista clínica y la necesidad de analizar el significado de los datos psico-sociales del paciente.

3.- Tanto en la diabetes como en la esquizofrenia hay variables psicosociales significativas que influyen, junto con los aspectos biológicos, en el transcurso de la patología.

4.- Los defectos bioquímicos pueden determinar ciertas características de la enfermedad, sin embargo, no establecen la aceptación del rol de enfermo o paciente.

5.- Un “tratamiento racional” dirigido sólo hacia los aspectos bioquímicos no necesariamente restaura la salud del paciente. Otros factores pueden ayudar a la recuperación. En efecto, el tratamiento biológico puede variar en cuanto a su efectividad si está influido por variables psicosociales (efecto placebo).

6.- El comportamiento del médico en la relación asistencial puede condicionar el resultado terapéutico, como por ejemplo lograr que el paciente siga el tratamiento. Por tanto, contrario a la posición *exclusionista*, el rol que adquiera el médico incidirá en el curso, desarrollo y pronóstico de la enfermedad.

Con el objetivo de disponer un marco teórico capaz de unificar ciencias naturales y sociales, se aferra a la Teoría General de Sistemas (TGS). Se trata de un enfoque que consiste en la observación a través del sentido común, gracias al cual apreciamos que la Naturaleza está ordenada de manera continua y de forma jerárquica yendo de unidades grandes hasta las más pequeñas. Existen dos tipos de jerarquías: el *individuo aislado* (persona), que es el más alto nivel de la jerarquía orgánica, aunque también

es el más bajo de la jerarquía *social*. Cada nivel es el reflejo de distintas propiedades y características: células, órganos, persona, familia... Estas indican distintos niveles de complejidad y de relaciones. Cada nivel requiere de un particular criterio de estudio. Cada uno de ellos está influenciado por la configuración del sistema del cual es parte. La continuidad en los distintos niveles viene a significar que cada sistema es al mismo tiempo un componente de otro sistema superior. Por ejemplo, el sistema *célula* es un componente del sistema *tejido* y *persona*; *persona* y *dos personas* son componentes de *familia* y *comunidad*; *persona* significa, por un lado, el mayor nivel de la jerarquía orgánica, y por otro, el más bajo nivel de *jerarquía social*.

El problema de la propuesta de Engel G. es que tal y como fue desarrollada tiene insuficiencias y debilidades. A continuación esbozamos algunas de ellas.

2.- Críticas al modelo bio-psico-social de Engel G.

McLaren N. (3) realiza un análisis del estatuto epistemológico del modelo bio-psico-social. Sostiene que la propuesta de Engel G. es un constructo que no satisface los criterios científicos (contrastabilidad, predicción...), de modo que podría ser una teoría muy general pero no un modelo. Además, Engel G. se apoya en la TGS pero en ningún momento justifica el por qué se basa en ella. Esta ausencia de justificación evidencia la carencia de una metodología rigurosa¹.

Otro problema significativo radica en que en lugar de definir el modelo se centra en describir cómo funciona. Además, se ciñe al aspecto general de “¿cómo *podría* trabajar el modelo?”, sin ningún tipo de especificación al respecto. Tampoco define su propio modelo, pues únicamente establece cómo debería de serlo. Al final, la postura de Engel G. acaba siendo sólo un “caso emotivo” que reivindica humanizar la medicina.

Nassir G. (4-6) también ha criticado este modelo. Para este autor el modelo bio-psico-social no hace más que afirmar que todas las patologías tienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo cual es un hecho trivial, pero no explica cómo interactúa ni qué importancia tienen los distintos componentes bio-psico-social respecto a la etiología, patogénesis y tratamiento (5:58). La no especificación de sus componentes hace que se trate de un modelo no prescriptivo. Esto supone que en ocasiones sea sesgada la interpretación al establecer un dominio de lo psico-social, o incluso una perspectiva específica, que en el caso de Engel G. es el Psicoanálisis.

¹ Nassir G. (4:86-87) también evidencia la imprecisión del modelo. Este autor afirma que tanto Engel G. como la TGS evitan definir métodos y funciones, por lo que devienen vagos y generales. Ambas proponen una investigación multidisciplinar, con investigaciones especializadas en cada una de las áreas; sin embargo, no especifican cuándo y cómo hay interacción entre los componentes.

Dado que no marca criterios claros respecto a lo bio-psico-social, el problema está en establecer cuándo una situación clínica es *bio*, *psico* o *social* y qué peso tienen estos. Esta dificultad se hace más evidente en la investigación. Las hipótesis científicas han de tener unos objetivos claros, contrastables y especificados. El modelo bio-psico-social no señala cómo ha de dirigirse la investigación. Esta misma inespecificidad supone que cualquier enfoque podría tener cabida en lo bio-psico-social (5:83).

Nassir G. (4:39) critica la insuficiencia de este modelo comparándolo con una lista de ingredientes necesarios para una receta de cocina, que es distinta de la receta en sí: para cocinar no es suficiente con conocer los ingredientes, hemos de saber la cantidad, el orden y cómo juntarlos. El modelo bio-psico-social no provee una guía real para clínicos, investigadores y pacientes, sólo enumera aspectos relevantes de la psiquiatría. Además, no hace alusión a cómo se han de entender estos aspectos bajo diferentes condiciones y circunstancias. Y de ese modo, en último término, “el clínico esencialmente hace lo que quiere”.

Otra gran crítica es la de confundir tratamiento con etiología. Incluso asumiendo las tres esferas, un componente biológico no necesariamente conlleva otro tratamiento biológico. Así, podría asumirse que causas genéticas deberían traducirse en una patogénesis biológica y, por tanto, en un tratamiento biológico; sin embargo, la realidad es mucho más compleja. Y es que incluso asumiendo que una enfermedad es predominantemente biológica, no por ello dejaría de tener sentido un tratamiento psicoterapéutico y viceversa (6). El modelo bio-psico-social acepta que un tratamiento combinado resulta ser más efectivo; sin embargo los estudios demuestran que la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia resulta ser más efectivo en algunos casos, pero no para otros.

El planteamiento de Engel G. también adolece de errores conceptuales, como por ejemplo de no diferenciar entre “illness” y “disease”. “Disease” es externamente verificable mediante la evidencia empírica, es decir, con pruebas objetivas sobre el estado patológico; mientras que “illness” alude a la percepción del paciente. Engel G. se centra en “illness” y cree que esto es lo relevante en la etiología de la “disease” (6:62). Sin embargo, si lo que queremos es analizar los aspectos bio-psico-sociales, no podemos ceñirnos exclusivamente a la percepción del paciente sobre su propia situación, necesitamos también de datos objetivables y contrastables con los que poder elaborar hipótesis científicas.

Todas estas críticas hacen que nos tengamos que replantear una reformulación del modelo bio-psico-social si quiere ser aplicable a la esquizofrenia.

3.- Una propuesta de actualización

El modelo de Engel G. (1:135) fue un proyecto para la investigación, un esbozo para la enseñanza y un diseño para actuar en el cuidado de la salud. Borrel F., Suchman A., y Epstein R. (7) sostienen que se trata incluso de una filosofía del cuidado clínico y una guía práctica. El problema está en que, tal y como inicialmente lo planteó Engel G., manifiesta una serie de insuficiencias que hacen necesaria su reelaboración (7-12). Tizón J. (8) mantiene que en concreto es preciso una reevaluación del modelo bio-psico-social en 4 ámbitos: *teórico, epistemológico, técnico y práctico*. Sadler J., y Hulgus Y. (13) añaden que ha de incluir una reflexión sobre los aspectos *éticos*. Por lo tanto, lo que se está proponiendo es un modelo integrador que haga alusión a *hechos* y a *valores*. Por un lado, es obvio que ha de tener presente todos los avances científicos tanto en la comprensión de la esquizofrenia como en los tratamientos (farmacológicos y psicoterapéuticos). Se trata, entonces, de una psiquiatría basada en la *evidencia*, en *hechos*. Por otro lado, es muy importante reflexionar y tener presente todos los *deseos*, *preferencias*, etc., del paciente y de la familia. La bibliografía muestra que aquellas relaciones terapéuticas que tienen en cuenta dichos valores son las que reflejan mejoras terapéuticas: disminución del número de recidivas y rehospitalizaciones, muestra una mayor adherencia a los fármacos, puede realinear las expectativas personales, aumenta el bienestar reflejado en su calidad de vida y hay un mayor cumplimiento con el tratamiento (14-17). Para que se dé una buena alianza terapéutica, va a ser preciso que los profesionales tengan unas aptitudes hacia los profesionales que no sean las de la simple aplicación de entrevistas protocolizadas. Todos estos datos también están basados en la *evidencia*, ya que son extraídos de estudios empíricos realizados mediante metodología cuantitativa y cualitativa. Esta reivindicación vuelve ser cuestión de debate en torno a los fundamentos de la psiquiatría reivindicando una *psiquiatría crítica* que se base en presupuestos éticos, técnicos y científicos centrados en el paciente y su cuidado y cuyo fundamento sean unos principios éticos (18-19).

3.1.- *Ámbito teórico y epistemológico*

El modelo bio-psico-social rechaza la pretensión de comprender y tratar la enfermedad mental desde un punto de vista puramente biologicista. Niega, por tanto, una posición unilateral y acepta un enfoque multifactorial. El modelo bio-psico-social sólo afirma que el tratamiento y la etiología tienen aspectos bio-psico-sociales, pero no dice qué peso tienen cada uno de ellos ni de qué modo interactúan. Necesitamos una metodología más rigurosa que lo explique. Nassir G. (4:45) sostiene un *pluralismo* cuyo punto de vista básico es que «son necesarios múltiples métodos independientes para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental; ningún método único es suficiente. Aunque todos los métodos son parciales o limitados, deberían ser aplicados por separado y en forma pura». Esto supondría identificar

qué métodos, técnicas y disciplinas son las que mejor se adaptan al ámbito de los trastornos mentales graves. Pero Nassir G. también propone un *integracionismo*, el cual «difiere del pluralismo en que busca que nuestra comprensión de la mente y la enfermedad mental se mantenga como un todo, como una totalidad» (4:46). Los actuales estudios sobre la etiología, neurobiología, etc., de la esquizofrenia utilizan esta metodología (20-25). Dichos estudios tienen como objeto comprender la esquizofrenia desde varias posiciones: biológicas, psicológicas y sociales, aunque ciertamente se dé más peso a lo biológico que a lo psico-social.

Por un lado, las manifestaciones clínicas son el resultado de hechos genéticos, epigenéticos, procesos patofisiológicos y causas medioambientales. Por otro, en relación al tratamiento buscamos un abordaje que trate los delirios, las alucinaciones... pero que también tenga en cuenta las áreas de la cognición que están afectadas, las dificultades que tienen en las actividades de la vida cotidiana (lavarse, vestirse, etc.) o los problemas para entablar relaciones interpersonales, entre otros. Por ese motivo, el tratamiento ha de estar enfocado desde los fármacos, principalmente, y apoyados en psicoterapia cuando las necesidades concretas lo requieran. Por tanto, damos más prioridad a lo biológico que no a lo psico-social, pero esto no supone el rechazo de los aspectos psicosociales. Lo que principalmente se busca es un aumento de la calidad de vida para estas personas, lo cual no es posible sin un adecuado abordaje psicofarmacológico. Por todo ello, el modelo bio-psico-social ha de basarse en un *pluralismo e integracionismo* cuando se aplica a la esquizofrenia.

Al hablar de un modelo bio-psico-social no estamos asumiendo que haya un único modelo. Tanto la comprensión de la enfermedad como su tratamiento comprenden varias perspectivas. Cada vez disponemos de más datos sobre la etiología, conocemos mejor qué zonas cerebrales están afectadas, qué neurotransmisores hay relacionados, qué aspectos medioambientales influyen... Progresivamente vamos mejorando los tratamientos farmacológicos, las psicoterapias individual, familiar, etc. Cada una de estas perspectivas da información sobre aspectos bio-psico-sociales. Avanzar en la comprensión de la esquizofrenia supone realizar un proceso inductivo que identifique causas necesarias y suficientes de la esquizofrenia. Esto sólo puede realizarse mostrando datos replicables, de larga durabilidad y distintivos, gracias a los cuales dar una satisfactoria explicación, tanto en su comprensión como en su tratamiento, a la heterogeneidad de la esquizofrenia. Se trata de deconstruirla en múltiples componentes, bio-psico-sociales, para después reconfigurarlos en un modo más significativo. Este es el modelo que proponen Keshavan M., Nasrallah H., y Tandon (26).

La esquizofrenia tiene un carácter heterogéneo. Muestra diferentes características clínicas (síntomas positivos, negativos, afectación cognitiva...) que también se aprecian en otros diagnósticos psiquiátricos. Las diferentes dimensiones de la esquizofrenia (fase premórbida, pródromos, aguda, crónica...) varían durante el curso natural de la enfermedad. Y todos estos aspectos interactúan e inciden entre sí.

Todo ello está indicando que para comprender con mayor rigor la esquizofrenia se requiere un modelo de causación circular y multifactorial. No es posible una *causación lineal* del tipo *X* explica *Y*, sino que hay que postular *X1*, *X2*, *X3*... que interactúan entre sí y se condicionan para poder comprender, progresivamente, un poco más *Y*. En la esquizofrenia interviene una *causalidad circular* en la que varios factores se condicionan e interactúan. Aunque lo ideal sería establecer también una *causalidad estructural* (11, 27) con la que poder diferenciar entre causa necesaria, desencadenante, coadyuvante y asociada, gracias a la cual guiar la práctica clínica. En la actualidad no tenemos datos suficientes como para especificar correctamente todo ello. No tenemos, aún, datos concluyentes sobre la etiología y el tratamiento de la esquizofrenia (21, 24) para asegurar y especificar todos esos aspectos. En lugar de asumir una TGS, como proponía Engel G., varios autores (9:427; y 12:26) consideran que es más acertado asumir una relación sistema-medioambiente en la que interactúan múltiples factores, aunque no necesariamente han de estar estructurados en orden jerárquico ni han de tener el mismo peso en todas las situaciones.

Dado que en la esquizofrenia intervienen tres dimensiones, bio-psico-social, hay que diferenciar entre *signos* y *síntomas*. El signo es una señal biológica, se detecta gracias a procedimientos exploratorios y puede o no acompañarse de *síntomas* y/o expresarse mediante ellos. El signo en medicina es «aquella señal o hecho que indica válida y fiablemente la existencia de una enfermedad y que, además, posee la suficiente sensibilidad y especificidad como para ser considerado marcador de estado de dicha situación patológica» (28:125). El *síntoma* remite a la conciencia del paciente que sufre, es decir, es la concreción de un sufrimiento y se configura y cobra sentido a raíz de su biografía. Según Baca E. (28:191) se trata de «un acontecimiento vital configurador e inmediatamente configurado, que pone en marcha un proceso que no es posible inscribir en otro lugar que no sea una de las narrativas que configuran la narrativa del sujeto. Esta narrativa es la narrativa de la enfermedad en cuanto suceso existencial». En el ámbito psiquiátrico pueden darse síntomas de ansiedad, depresivos, obsesivos-compulsivos, maníacos, delirantes, alucinatorios, pretendidamente específicos de la esquizofrenia (síntomas negativos), de afectación de la conciencia (desorientación y desorganización) y demenciales (28:183).

Y al asumir la necesidad de descomponer los aspectos en bio-psico-sociales para después reconstruirlos en un conjunto, constatando los signos y síntomas, estamos aceptando algunas tesis relacionadas con la teoría de la mente, como es la controversia “cuerpo-mente”. Una perspectiva biologicista reduccionista mantiene que el ser humano puede ser explicado desde sus componentes biológicos, por lo que la mente también puede ser comprendida en clave de procesos y mecanismos cerebrales. No es clara la posición de Engel G., pues se centraba en la práctica médica y no en una concepción filosófica sobre la realidad, que es lo que apuntan estos supuestos epistemológicos. Borrell F., Suchman A., y Epstein R., (29) mantienen que la posi-

ción de Engel G. se sitúa entre un *monismo ontológico* y un *dualismo epistemológico*. En efecto, Engel G. concibió la mente y el cuerpo como componentes inseparables de la existencia humana (*monismo ontológico*), a su vez, y basándose en la TGS, quería dar una explicación sobre los factores relevantes de la salud y la enfermedad, decantándose aquí por un *dualismo epistemológico*.

Defendemos que el modelo bio-psico-social como óptimo para tratar la esquizofrenia, supone clarificar epistemológicamente dos cuestiones, una *práctica* y *ontológica*.

Los estudios de Kandel E. (29-30) sobre la *neuroplasticidad* cerebral han demostrado que las neuronas se modifican en tamaño, forma y conexiones debido a influencias ambientales. Por eso, propone un modelo *integracionista* apoyándose en una serie de premisas que le permiten enlazar lo biológico con lo psico-social, que son las siguientes (29:460-466):

1.- Todas las funciones de la mente reflejan funciones del cerebro. Como corolario de esta tesis Kandel E. sostiene que los trastornos conductuales son perturbaciones del funcionamiento cerebral, incluso en aquellos casos en los que se apunta a una causa ambiental.

2.- Los genes contribuyen a las funciones mentales y pueden favorecer a la aparición de la enfermedad mental. Los genes, además, son determinantes importantes del patrón de interconexiones neuronales, de modo que existe un componente genético que contribuye a la aparición de la psicopatología.

3.- La combinación genética contribuye al comportamiento, incluyendo el comportamiento social. Pero, a su vez, el comportamiento y los factores sociales pueden ejercer acciones sobre el cerebro, retroalimentándolo logrando así una modificación de la expresión genética y de las funciones de las células nerviosas. De aquí se sigue que el aprendizaje conlleva alteraciones en la expresión genética, de manera que lo “ambiental” puede traducirse en “naturaleza”.

4.- Las alteraciones que se dan en los genes debidos al aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de conexión neuronal. Dichos cambios contribuyen a la base biológica de la individualidad, siendo, además, responsables de la iniciación y mantenimiento de las anormalidades de la conducta que son inducidas por contingencias sociales.

Las técnicas psicoterapéuticas resultan ser efectivas precisamente por producir modificaciones comportamentales. Al ser aprendidas estas nuevas formas de comportamiento, se produce una variación de las expresiones génicas que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre células nerviosas del cerebro. Por tanto, hay una interacción entre lo “bio” y lo “psico-social”, pero la dimensión psicoterapéutica no puede ser reducida a biología.

Los psicofármacos son la base del actual tratamiento de la esquizofrenia, actúan en la estructura del cerebro, modificándolo. Pero se complementa con psicote-

rapia para el manejo de los síntomas psicopatológicos y para la mejora de la calidad de vida, se trata de herramientas “psico-sociales” que actúan sobre los miedos, las conductas, etc.

Por tanto, en el ámbito *práctico* se trabaja desde un *dualismo interaccionista* que distingue entre lo “bio” y lo “psico-social”. El tratamiento psicofarmacológico actúa en el cerebro, es decir, en el “cuerpo” y la psicoterapia opera en los aspectos psico-sociales, es decir, en la “mente”².

Desde el punto de vista *ontológico*, se diferencia entre cuerpo y mente, pues tienen distintas *propiedades*, el cerebro es físico: masa, temperatura, color... y la mente se caracteriza por miedos, intenciones, deseos, etc. ¿Cómo es posible esa interacción cuando ni tan siquiera tienen las mismas propiedades? ¿Cómo un exceso de la actividad dopaminérgica puede producir alucinaciones auditivas, las cuales inciden en el comportamiento de la persona? Para intentar dar una explicación a la interacción mente-cuerpo, Kendler M. (31) nos propone un tipo de *dualismo* consistente con las *teorías de la identidad* o *funcionalismo*, y lo hace a partir de la exposición de 3 problemas fundamentales de la teoría de la identidad (31:92-94):

La Ley de Leibniz sostiene que si hay una *relación de identidad* entre A y B, se presupone que en A y B hay las mismas características o propiedades, y si hay alguna propiedad o característica que esté en A y no en B, dicha relación de identidad no se cumplirá. Ahora bien, el cerebro es físico, tiene masa, temperatura... y la mente tiene deseos, intenciones, etc. Por tanto, no se cumple dicha *relación de identidad* entre mente y cuerpo al contener aspectos totalmente diferentes.

Kendler M. opina que un modo de entender esta relación de identidad es establecer dos niveles, de *propiedad* y de *substancia*. En el primer nivel no se cumple la relación, aunque sí en el segundo: todos los procesos psicológicos son procesos físicos. Por tanto, la mente es cuerpo y el cuerpo mente.

Si A y B tienen una relación de identidad, esa relación es fundamental y la misma en cualquier momento. Kendler M. (31) rechaza que esa relación, pues es posible que diferentes estados cerebrales puedan causar el mismo estado mental (por ejemplo, una depresión). Además, es posible que dos pacientes con las mismas características clínicas y mismo tratamiento tengan un curso clínico diferente, lo que podría indicar que tienen diversos estados cerebrales subyacentes para la misma situación clínica. La pretensión de este autor no es establecer correlaciones universales, sino sólo relaciones entre estados mentales y estados cerebrales.

Basándonos en las técnicas de neuroimagen se puede establecer relaciones de identidad entre actividad cerebral y funciones mentales; sin embargo, no es tan sencillo entre actividad cerebral y experiencia actual. Una cosa es el aumento del flujo san-

² El término ‘mente’ necesitaría una mayor clarificación; sin embargo, nuestro objetivo simplemente es marcar una diferencia entre un abordaje bioquímico, que actúa en la parte biológica, de otro psicoterapéutico, que lo hace en los aspectos más psico-sociales.

guíneo que refleja la descarga neuronal en la corteza visual que provoca la visualización de un objeto de color rojo, y otra la experiencia real de ver “la rojez”. ¿Se pueden mantener relaciones de identidad entre el estado neuronal y la sensación sensorial de enrojecimiento? Este autor responder apelando al *funcionalismo*. La mente puede ser entendida como *cosa* y como *proceso*, lo que responde a dos preguntas diferentes: *qué es* y *qué hace*. La primera hace alusión a procesos cerebrales (hardware), la segunda a estados funcionales del cerebro (software). En la primera pregunta se cumple la relación, mientras que en la segunda no.

Este tipo de *monismo substancial* no tiene que ser entendido al modo *reducionista fiscalista*, sino como un *monismo anómalo*. Para Davidson D. (32:271) el *monismo anómalo* «admite la posibilidad de que no todos los sucesos sean mentales, mientras que insiste en que todos los sucesos son físicos». Así, el *monismo anómalo* se parece al *materialismo* en tanto que afirma que todos los sucesos mentales son físicos, pero se aleja de éste al afirmar que todos los fenómenos mentales puedan ser explicados en términos físicos. En efecto, se puede postular un *monismo substancial* al definir la mente como un conjunto de procesos fisiológicos; sin embargo, ésta no puede ser explicada satisfactoriamente en términos puramente físicos. A su vez, la mente puede ser concebida como *cosa* al estar constituida por procesos cerebrales; sin embargo, al intentar definirla como *proceso* vemos que no es posible reducir su funcionamiento a aspectos fisiológicos. De este modo, el hombre puede ser entendido como una unidad (cuerpo y mente), que puede ser concebida en términos físico-químicos aunque no en su totalidad. Por tanto, el ser humano ha de ser comprendido como bio-psico-social.

3.2.- *Ámbito técnico y pragmático*

Tizón J. (8) sostiene que hemos de desarrollar algunos aspectos relacionados con el ámbito técnico y pragmático para que sea posible la introducción de los datos bio-psico-sociales en el marco de la medicina. Este autor opina que para ello es necesario tener en cuenta la investigación cualitativa y las técnicas basadas en la observación. El objetivo de su propuesta consiste en potenciar la observación, tanto del paciente como de los profesionales, y las emociones en la relación asistencial.

En psiquiatría los pacientes no siempre son competentes para tomar decisiones, muchas veces es la familia quien se encarga del cuidado del paciente y/o de decidir por éste. Estos hechos hacen que frecuentemente se den situaciones conflictivas, tales como el ingreso involuntario, el tratamiento (en ocasiones involuntario), las decisiones por representación... Por tanto, conocer qué opinan todos los afectados incidirá en el curso de la relación asistencial.

Las técnicas cualitativas (entrevistas, cuestionarios...) en investigación han de desvelarnos cuál es la opinión de los afectados, que son los profesionales, los pacientes y sus familiares. Estos datos están dando información sobre las cuestiones psico-

sociales. Desde el ámbito estrictamente asistencial conlleva fomentar una relación médico-paciente que dé un mayor protagonismo a éste y hacer aflorar esos aspectos psico-sociales.

Borrell F., Suchman A., y Epstein R., (7:580) sostienen, para ello, que hay que crear un tono emocional, cultivar la curiosidad por el paciente apreciándolo como persona, y distinguir qué necesidades tiene y cuáles verbaliza. Pero hay que ir más allá de lo meramente práctico asistencial. Westerman M. (33:323) opina que hay que analizar y tratar las demandas o necesidades de la vida (un enfoque desde lo cognitivo y/o conductual), pero también los aspectos de la vida que tienen significado para el paciente (desde un enfoque narrativo, fenomenológico, psicoanalítico).

Para ello cabe un buen entrenamiento en habilidades de comunicación. En ocasiones, los profesionales saben qué tipo de información han de dar, pero no saben cómo darla. El desarrollo de estas habilidades ha de comenzar desde los primeros años de formación del profesional. Además, el modo de recabar información puede estar influenciado por algunas barreras para la comunicación, a saber: 1) la *distancia socio-cultural* en la que la relación asistencial puede estar influenciada por la edad, clase social, cultura, etc., del paciente; y/o 2) la *distancia discriminatoria* debida al etiquetaje peyorativo de personas con trastornos mentales graves (patología dual, consumo de drogas, esquizofrenia...).

Pero no hay que buscar simplemente un tipo de relación asistencial *protocolarizada* para recabar de cara al diagnóstico clínico y su tratamiento. Los profesionales socio-sanitarios han de tener un papel que contenga las siguientes características (7, 9, 34):

Los profesionales han de mantener un estilo emocional basado en una actitud comprensiva, compasiva y empática. La empatía puede ser entendida como una respuesta neurobiológica sobre qué conocemos y cómo lo hacemos (35) o como un proceso que nos permite adentrarnos en el mundo de los valores personales del paciente, entendiendo y comprendido qué sufrimiento padece (36). Y esta empatía, necesariamente, implica reconocer las emociones del paciente, comprenderlas en el contexto de su biografía y respetarlas. Se trata de entender su proyecto de vida y de los motivos por los que escoge o rechaza líneas terapéuticas, así como el porqué de su sufrimiento. Todo ello implica que los profesionales han de ser educados en las emociones. Y una vez comprendido, han de disponer de la capacidad comunicativa para expresar la evidencia clínica y de reflejar el deseo de establecer un diálogo entre médico-paciente y no sólo aplicar correctamente un protocolo. Esto conlleva un compromiso con la profesión, pues se busca mantener una alianza terapéutica con el paciente para respetar su autonomía y velar por su mayor beneficio.

Como estas habilidades han de fomentarse ya desde el inicio de la formación de estudiantes y residentes, y algunas sugerencias para la formación de los futuros médicos (34, 37):

- 1) crear de hábitos reflexivos;
- 2) identificar de situaciones relevantes de profesionalidad y posterior comentario;
- 3) explicar sobre cómo hacer para después invitar a que lo imiten;
- 4) evitar comentarios sobre los pacientes;
- 5) constatar la necesidad de que los médicos están en constante formación;
- 6) reconocer que los valores de la profesión son el núcleo del hecho de “ser médicos”; y
- 7) crear climas institucionales apropiados.

Estas características están señalando a un *modelo asistencial de toma de decisiones compartidas* (38), en el que se tomen decisiones conjuntas sobre futuras intervenciones. Y durante todo este proceso constantemente se analizan datos bio-psico-sociales que van desde el abordaje psicofarmacológico al análisis sobre cómo afecta la esquizofrenia al paciente según sus contextos interpersonales, socio-económicos, psicológicos...

Richter D. (12:24) sostiene que el sistema de salud está *fragmentado* (tanto el tratamiento como el diagnóstico está centrado en lo somático, particularmente en la psicofarmacología) y *desintegrado* (si no tratamos los déficit psico-sociales que conlleva la patología psiquiátrica). De modo que este tipo de modelo asistencial ha de ser *multi e interdisciplinar*. Multidisciplinar porque en la esquizofrenia intervienen muchos profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros...), de manera que no puede ser un enfoque estrictamente médico, sino holista. Interdisciplinar porque necesita de la comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el cuidado de la persona.

3.3.- *Ámbito ético*

Por último, para dar mayor rigor conceptual al modelo bio-psico-social es necesaria la introducción de algunos aspectos éticos. En psiquiatría es necesaria una mayor sensibilidad con los aspectos éticos pues suelen darse muchas situaciones que pueden atentar contra los derechos humanos. Un buen ejemplo de ello es la privación de la libertad en pacientes con esquizofrenia cuando se les ingresa de manera involuntaria.

La relación asistencial que promueve el modelo bio-psico-social ha de estar basada en la alianza terapéutica, pues no se pretende aplicar simplemente un protocolo de entrevista clínica, sino que tiene por finalidad la implicación del paciente. Para ello, los profesionales han de tener unas habilidades comunicativas, unas *virtudes éticas* podríamos decir. Las virtudes éticas aluden al compromiso con el paciente y su profesión al disponer al profesional a pensar, actuar y sentir de un determinado modo (ético). Algunas de ellas son la compasión, el cuidado, la justicia, la prudencia, la deliberación, la empatía... En definitiva, las virtudes éticas promueven una manera de ser que indican *cómo* actuar.

Este tipo de relación asistencial no tiene que aspirar sólo a que los profesionales dispongan de dichas virtudes. Se requiere un análisis más profundo sobre sus propios fundamentos éticos que nos ayuden también en la toma de decisiones médicas. A nuestro parecer, el modelo de toma de decisiones compartidas encuentra un fundamento ético como en la ética dialógica, pues esta teoría ética sostiene que una decisión es *justa* sí, y sólo si, cuenta con el consentimiento de los afectados, en condiciones lo más próximo a la simetría, alcanzando un consenso mediante un diálogo.

Pero este procedimiento dialógico ha de estar guiado por unos *principios éticos* que justifiquen cómo actuar ante determinadas situaciones clínicas. Dichos principios han de ser considerados *prima facie*, es decir, principios que se presentan como imposición moral pero que podrían ceder en una situación concreta ante otro deber *prima facie* más obligante. Esto significa que en algunos contextos los profesionales han de velar por el respeto a la autonomía de los pacientes, aunque esto suponga un posible daño para éste, aunque en otras situaciones ha de actuarse buscando el mayor beneficio a expensas de que la opinión del paciente no tenga mucha cabida.

Esta relación clínica que hemos defendido con el modelo de toma de decisiones compartidas, concibe a la persona como un *ciudadano* con una enfermedad mental y no simplemente como un *enfermo*, esto es, hay un respeto por la persona y se pretende que sea ésta quien escoja en último término. En efecto, se fomenta el *empowerment* en la toma de decisiones, ya que se le da la oportunidad de poder escoger libremente el tratamiento, lo cual contribuye al desarrollo de la autonomía y la dignidad. El que sea la persona la protagonista del proceso asistencial es uno de los derechos que se tiene en el ámbito sanitario y que, a fin de cuentas, es el de poder tomar decisiones que afectan a su vida. Por otro lado, al introducir los aspectos psico-sociales (miedos, deseos...) que pueden determinar la elección de una línea terapéutica, se toma en consideración real sus opiniones. Además, se acompaña al paciente durante el proceso terapéutico informando, aconsejando y estimulándolo para que tome una decisión correcta. Un buen ejemplo de todo ello es el respeto por las voluntades anticipadas (39).

Ese diálogo entre profesionales y paciente implica un *reconocimiento recíproco*. Los profesionales realizan un trato individualizado en relación a las características de su paciente, invitándole a que tome parte del proceso. Se trata de averiguar qué tratamiento es el más efectivo y qué tipo de contraindicaciones tiene, de analizar los valores que pueden incidir en la elección y de alcanzar un consenso sobre una línea terapéutica. Por otro lado, también hay un enriquecimiento del profesional, pues se potencia la actualización de los conocimientos técnicos y se perfeccionan las habilidades comunicativas.

En dicho diálogo no se conciben a sí mismos sólo como profesional y paciente, sino que hay un reconocimiento recíproco en el que se da una corresponsabilidad y un compromiso entre ambas, considerándose como personas con una biografía particular.

En ese proceso se garantiza la posibilidad de que todos puedan exponer sus propios intereses y de argumentar y escuchar la opinión del otro. Puesto que el paciente puede escoger un tratamiento concreto, se respeta el principio ético de *inviolabilidad*. Este principio recuerda que no hay que imponer a las personas sacrificios y privaciones en contra de su voluntad (40:239). Se trata de tomar en consideración *real* la perspectiva del afectado, teniendo en cuenta su punto de vista, no juzgando por él y dándole la oportunidad de escoger. La inviolabilidad también supone que la persona puede rechazar un tratamiento médico.

Al contar con la opinión del paciente estamos asumiendo que se trata de una *persona* con una biografía y unos valores determinados. El reconocimiento de que estas personas tienen unos valores, que pueden y tienen que opinar sobre su propia vida y que no han de ser instrumentalizadas para fines externos está fundamento en la *dignidad* de las personas, la cual exige tratarlas como fines en sí y nunca como medios.

Cuando aseguramos el derecho del paciente a participar en las decisiones médicas no sólo estamos respetando su autonomía, su dignidad y garantizamos la inviolabilidad, sino que también se desea hallar el mejor tratamiento desde su punto de vista. Esta relación asistencial garantiza el mayor beneficio para el paciente entendido desde su perspectiva, pues se tiene en cuenta su proyecto vital y su decisión libre, y se escoge con decisión profesional lo cual garantiza unos resultados clínicos. A su vez, asegura el respeto por el principio de no-maleficencia ya que se evitan daños como es el caso del abandono terapéutico, que supone la reaparición de la sintomatología psicótica y, por consiguiente, la recaída y una posible rehospitalización. En definitiva, se pretende que tenga una buena calidad de vida, contemplada tanto del punto de vista profesional como del propio paciente (41).

4.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Engel G. *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine*. Science. 1977;196:129-36.
- (2) Engel G. *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*. Am J Psychiatry. 1980;137:535-544.
- (3) McLaren N. *A Critical Review of the Biopsychosocial Model*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1998;32:86-92.
- (4) Nassir G. *Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales*. Chile: Mediterráneo; 2008.
- (5) Nassir G. *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2010.
- (6) Nassir G. *The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A Critique*. An International Journal in Philosophy, Religion, Politics, and the Arts. 2011;6(1).

ORIGINALES Y REVISIONES

- (7) Borrell F., Suchman A., y Epstein R. *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry*. Annals of Family Medicine. 2004a;2:576-582.
- (8) Tizón J. *A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia*. Aten Primaria. 2007;39:93-97.
- (9) Epstein R., y Borrell F. *The Biopsychosocial Model: Exploring Six Impossible Things*. Families Systems, & Health. 2005;23(4):426-431.
- (10) Frankel R., Quill T., y McDaniel S., (ed.) *The Biopsychosocial Approach: Past, Present and Future*. Rochester, New York: University of Rochester Press; 2003.
- (11) Borrell F. *El modelo biopsicosocial en evolución*. Med Clin (Barc). 2002;119(5):175-179.
- (12) Richter D. *Chronic Mental Illness and the Limits of the Biopsychosocial Model*. Medicine, Health Care, and Philosophy. 1999;2:21-30.
- (13) Sadler J., y Hulgus Y. *Clinical Problem Solving and the Biopsychosocial Model*. The American Journal of Psychiatry. 1992;149(10):1315-1323.
- (14) Hamann J., Leucht S., y Kissling W., *Shared decision making in psychiatry*. Acta Psychiatr Scand. 2003;107:403-409.
- (15) Hamann J., Cohen R., et al. *Do Patients with Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment?* Am J Psychiatry. 2005;162:2382-2384.
- (16) Hamann J., Cohen R., et al. *Shared Decision Making and Long-Term Outcome in Schizophrenia Treatment*. J Clin Psychiatry. 2007;68:992-997.
- (17) Hamann J., Mendel R., et al. *Patients' and Psychiatrists' Perceptions of Clinical Decisions During Schizophrenia Treatment*. J Nerv Ment Dis. 2008;196: 329-332.
- (18) Bracken P., Thomas P., Timimi S., et al., *Psychiatry beyond the Current Paradigm*. The British Journal of Psychiatry. 2012;201:430-434.
- (19) Ortiz A. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en Salud mental*. Madrid: Grupo 5; 2013.
- (20) Tandon R., Keshavan M., y Nasrallah H. *Schizophrenia, "Just the Facts". What we Know in 2008. Part 1: Overview*. Schizophrenia Research. 2008a;100:4-19.
- (21) Tandon R., Keshavan M., y Nasrallah H. *Schizophrenia, "Just the Facts". What we Know in 2008. 2. Epidemiology and Etiology*. Schizophrenia Research. 2008b;102:1-18.
- (22) Tandon R., Keshavan M., y Nasrallah H. *Schizophrenia, "Just the Facts". 5. Treatment and Prevention. Past, Present and Future*. Schizophrenia Research. 2010;122:1-23.
- (23) Tandon R., Nasrallah H. y Keshavan M. *Schizophrenia, "Just the Facts". 4. Clinical Features and Conceptualization*. Schizophrenia Research. 2009;110:1-23.
- (24) Tandon R., Nasrallah H. y Keshavan M. *Schizophrenia, "Just the Facts". 5. Treatment and Prevention. Past, Present, and Future*. Schizophrenia Research. 2010;122:1-23.
- (25) Keshavan M., Tandon R., Boutros N., et al. *Schizophrenia, "Just the Facts". What we Know in 2008. Part 3: Neurobiology*. Schizophrenia Research. 2008;106:89-107.
- (26) Keshavan M., Nasrallah H., y Tandon R. *Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse*. Schizophrenia Research. 2011;127:3-13.
- (27) Borrell F., Suchman A., y Epstein R. *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry*. Appendix 1. Clarifying Engel's Critique of Dualism. Monism And Dualism: An Old and Unfortunate Controversy. Annals of Family Medicine. 2004b;2:576-582.
- (28) Baca E. *Teoría del síntoma mental*. Madrid: Triacastela; 2007.
- (29) Kandel E. *A New Intellectual Framework for Psychiatry*. Am J Psychiatry. 1998;155:457-469.

- (30) Kandel E. *Biology and the Future of Psychoanalysis*. Am J Psychiatry. 1999;156:505-524.
- (31) Kendler M. A *Psychiatric Dialogue on the Mind-Body Problem*. Am J Psychiatry. 2001;158:989-1000.
- (32) Davidson D. *Ensayos sobre acciones y sucesos*. Barcelona: Crítica; 1995.
- (33) Westerman M. *Integrating the Parts of the Biopsychosocial Model*. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2007;14(4):321-326.
- (34) Borrell F., Epstein R., y Pardell H. *Profesionalidad y professionalism: Fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc). 2006;127(9):337-342.
- (35) Adler H. *Toward a Biopsychosocial Understanding of the Patient-Physician Relationship: An Emerging Dialogue*. Society of General Internal Medicine. 2007;22:280-285.
- (36) Borrell F. *Empatía, un valor troncal en la práctica médica*. Med Clin (Barc). 2011;136(9):390-397.
- (37) Clèries C., Borrell F., Epstein R., et al. *Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica*. Aten Primaria. 2003;32(2):110-117.
- (38) Ramos, S. *La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas*. Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas. 2012;10:263-277.
- (39) Ramos, S., y Román, B. *Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2014;34(121):21-35.
- (40) Nino C. *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. Barcelona: Ariel; 1989.
- (41) Ramos S. *La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico*. Eidón. Revista de la Fundación Ciencias de la Salud. Aceptado para su publicación. En prensa.